

# Formulário - Processo de Retenção



|                                                                                                                                                                                                                                               |            |                   |                               |   |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|-------------------------------|---|-----------------------|
| Colaborador                                                                                                                                                                                                                                   |            | qm cro(s)         |                               | 1 |                       |
| KAMILA DE CARVALHO                                                                                                                                                                                                                            |            |                   |                               |   |                       |
| Operadora                                                                                                                                                                                                                                     | CRO        | UF                | Nome dentista                 |   |                       |
| Odontolife                                                                                                                                                                                                                                    | 121874     | SP                | FRANCISCO CARLOS SILVA JUNIOR |   |                       |
| Data inclusão                                                                                                                                                                                                                                 | Tipo       | Demandado por?    | Nº do protocolo               |   | Dt abertura protocolo |
| 30/06/2022                                                                                                                                                                                                                                    | PF         | Dentista          | SAD16550390988                |   | 06/10/2022            |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                        | UF         | nº de vidas       | nº CRO(S) únicos divulgados   |   |                       |
| CACAPAVA                                                                                                                                                                                                                                      | SP         | 116               | 3                             |   |                       |
| Atende outros convênios                                                                                                                                                                                                                       |            |                   |                               |   |                       |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                          |            |                   |                               |   |                       |
| Moeda                                                                                                                                                                                                                                         |            | Última produç.    | Valor última prod.            |   |                       |
| 0,35                                                                                                                                                                                                                                          |            | SEM GUIAS         | R\$ -                         |   |                       |
| Data início                                                                                                                                                                                                                                   | Data final | Tempo finalização |                               |   |                       |
| 06/10/2022                                                                                                                                                                                                                                    | 17/11/2022 | 42 dia(s)         |                               |   |                       |
| 1º contato                                                                                                                                                                                                                                    |            |                   |                               |   |                       |
| Data                                                                                                                                                                                                                                          |            | 17/11/2022        |                               |   |                       |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                         |            |                   |                               |   |                       |
| Encaminhado mensagem no Whats 12 99700-8237 ofertando treinamento, aguardando retorno                                                                                                                                                         |            |                   |                               |   |                       |
| 2º contato                                                                                                                                                                                                                                    |            |                   |                               |   |                       |
| Data                                                                                                                                                                                                                                          |            | 17/11/2022        |                               |   |                       |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                         |            |                   |                               |   |                       |
| Em retorno pelo whats informa que trabalha em vários lugares e o sistema demanda muito tempo não quer ter que lancar guias para ter que obter o repasse, informo que pode atender conforme disponibilidade de agenda, insiste no desligamento |            |                   |                               |   |                       |
| 3º contato                                                                                                                                                                                                                                    |            |                   |                               |   |                       |
| Data                                                                                                                                                                                                                                          |            |                   |                               |   |                       |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                         |            |                   |                               |   |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                               |            |                   |                               |   |                       |
| 4º contato                                                                                                                                                                                                                                    |            |                   |                               |   |                       |
| Data                                                                                                                                                                                                                                          |            |                   |                               |   |                       |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                         |            |                   |                               |   |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                               |            |                   |                               |   |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5º contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Motivo Retenção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores<br><input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou rescisão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Ofertado suporte<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Motivo desligamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Perda de de Contato<br><input type="checkbox"/> Valores<br><input type="checkbox"/> Removido prestador<br><input checked="" type="checkbox"/> Dificuldade Sistema<br><input type="checkbox"/> Regras Técnicas<br><input type="checkbox"/> Baixa procura<br><input type="checkbox"/> Ameaça judicialização<br><input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio<br><input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS |  | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde<br><input type="checkbox"/> Franquia<br><input type="checkbox"/> Burocracia<br><input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento<br><input type="checkbox"/> Migração<br><input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central<br><input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético |  | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro<br><input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico<br><input type="checkbox"/> Glosas<br><input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Divulgação indevida<br><input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta<br><input type="checkbox"/> Aposentou<br><input type="checkbox"/> Mudou de área<br><input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos |  |
| Necessário abertura de protocolo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Obs. Geral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Setor responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> T.I<br><input type="checkbox"/> Central de atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Análise técnica<br><input type="checkbox"/> Comercial                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Assinado por: <i>Agata B. da P. Gomes</i> 19/11/22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Assinado por: <i>Ivan Vaghini</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |